年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 件　名： 市立豊中病院洗浄・滅菌運営管理業務  豊中市病院事業管理者　様  商号又は名称  部課名  担当者名  電話番号  質　疑　書 | |
| № | 質　問　事　項 |
| １ |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |